

# **MANUEL DE FORMATION À LA GESTION DU STRESS ET À LA COMMUNICATION AVEC DES PATIENTS CANCÉREUX ET LEURS PROCHES**

**par Anne-Marie ETIENNE\*, Isabelle BRAGARD,  
Yves LIBERT, Serge MARCHAL, Nicole DELVAUX,  
Christine REYNAERT, Béatrice BROUETTE,  
Bénédicte BREUER, Isabelle MERCKAERT  
et Darius RAZAVI**

**L**a relation médecin - malade est parmi les relations humaines une des plus complexes. Elle l'est tout particulièrement lorsqu'elle implique des questions vitales qui engendrent de vives émotions. Tel est le cas de la relation entre le médecin spécialiste et le patient atteint d'un cancer et ses proches. Son étude exige, dès lors une interdisciplinarité constructive où sciences médicales, sociologie, sciences de la communication, théories systémiques et psychologie participent, par leurs apports respectifs, à l'établissement de questions de recherche et d'hypothèses pertinentes et vérifiables. Considérer cette relation médecin – malade comme un système ouvert garantit cette interdisciplinarité constructive (Libert, 2004).

---

Ce programme a été financé par le « Fonds National de la Recherche Scientifique – Section Télémie » de Belgique et par le C.A.M., groupe de recherche et de formation (Bruxelles – Belgique)

La société actuelle demande beaucoup aux médecins et remet en question le modèle paternaliste de toute puissance médicale. Ainsi, les patients réclament des médecins qu'ils communiquent mieux, n'hésitant pas dans le cas contraire à entamer des poursuites judiciaires à leur encontre. La profession médicale se trouve ainsi confrontée à davantage d'exigences et à un pouvoir de décision unilatéral limité suite à l'augmentation de la notion de consentement informé. Enfin, notre société occidentale porte toujours en elle le mythe d'une médecine qui guérit tout : ce qui peut entraîner déception et colère face à l'échec thérapeutique. Ces considérations prennent une dimension toute particulière pour les maladies au long cours et aux options thérapeutiques diverses, telles que le cancer. (Libert *et al.*, 2002).

La nécessité d'une formation à la communication et à la gestion du stress dans le milieu de l'oncologie est relativement unanime. Cependant, pour être efficace et assurer un transfert dans la pratique clinique, un programme de formation doit remplir certaines conditions : appui théorique, approche centrée sur l'apprenant et conduisant à l'action et aux changements de comportements. Cela implique que les participants soient volontaires et manifestent un intérêt pour une formation psychologique. C'est pourquoi, notre formation des médecins spécialistes à la communication est au centre d'un vaste projet de recherche interuniversitaire soutenu par la section Télévie du Fonds national de la Recherche Scientifique (FNRS) depuis octobre 2002, et qui est toujours en cours. Les premiers résultats seront publiés à partir de 2007 ; le dernier groupe de médecins étant actuellement en formation. Par contre, notre groupe de recherche interuniversitaire en psycho-oncologie a publié les résultats d'une première série de travaux portant sur la formation des médecins déjà spécialisés en communication dans de nombreuses revues internationales. Ces travaux tout à fait originaux sont les premiers à avoir établi l'impact de la formation à la communication des médecins sur la satisfaction des patients cancéreux (Razavi *et al.*, 2003) et sur les proches des patients (Delvaux *et al.*, 2005).

Nous allons à présent vous décrire le « *Belgian Interuniversity Curriculum* (BIC) » destiné, celui-ci, aux futurs médecins spécialistes dans différentes disciplines. Le programme de 40 heures (tableau 1) se focalise sur deux domaines : les habiletés de gestion du stress et celles de communication avec une attention particulière concernant les habiletés nécessaires pour gérer des entretiens avec un proche. Le BIC pourrait conduire non seulement à l'amélioration des habiletés de communication mais aussi à la prévention du burnout.

La méthode d'apprentissage est centrée sur l'apprenant ; elle inclut une approche cognitive, comportementale et affective (émotionnelle). L'approche cognitive vise à améliorer les connaissances et les compétences du médecin. L'approche comportementale offre l'opportunité aux participants de pratiquer ces habiletés à travers des jeux de rôles. L'approche affective (émotionnelle) permet aux participants d'exprimer les attitudes et sentiments ressentis au moment d'évoquer avec les patients les conséquences négatives de leur maladie.

Un apprentissage aussi intensif semble nécessaire pour faciliter le transfert des habiletés apprises vers la pratique clinique (Bragard, 2005).

## Objectifs

### La formation à la communication médecin - patient cancéreux

Idéalement, un entretien entre soignant et patient se caractérise par un mouvement flexible alliant de manière équilibrée des informations médicales mais aussi des données propres au patient comme son vécu, ses émotions, ses représentations. Les transitions entre les différents thèmes abordés se passent dans la cohérence et de manière consensuelle. Les moments d'émotions sont reçus avec empathie par le soignant et s'accompagnent si néces-

saire d'une légitimation et d'un souci de clarification des sources de l'émotion. Un tel entretien permet d'ébaucher une relation intersubjective et une alliance thérapeutique qui aide non seulement à parler des faits, mais également à entrer dans le vécu du patient (Delvaux, Brédart, & Razavi, 2002).

Maintenir cet équilibre est un exercice délicat et d'autant plus sensible que les paramètres d'une consultation ne sont jamais totalement reproductibles et donc ne pourront jamais être complètement anticipés : interviennent le contexte, le contenu de la consultation, la personnalité des interlocuteurs, chacun ayant une trajectoire propre, des références socioprofessionnelles et des représentations qui sous-tendent sa perception notamment de la maladie (Delvaux *et al.*, 2002).

Toute rencontre soignant – soigné se développe avant tout comme une co-construction érigée en partie sur des données issues du savoir médical et en partie sur des données personnelles et subjectives. Certaines des difficultés communicationnelles rencontrées sont liées à une maîtrise insuffisante des techniques de base de l'entretien comme la gestion des tours de parole, le style de communication, la vérification que l'on s'est bien compris (Baylon, & Mignot, 1999). Mais nous observons que ces difficultés surgissent à des moments particulièrement sensibles de l'entretien, notamment lorsque le soignant se sent en difficultés ou confronté à l'émergence de certains affects mal maîtrisables. L'anxiété, l'irritation, la tristesse du patient provoquent des modifications (par exemple, un retour à des questions fermées inhibitrices), voir des impasses de communication. Alors le soignant se protège en se raccrochant à son identité médicale, réduisant l'espace relationnel à une dimension scientifique et donc plus maîtrisable. Ce retrait s'accompagne d'une annulation de la dimension intersubjective de la rencontre. Ce mouvement défensif introduit une rigidité relationnelle et restreint les échanges (Iandolo, 2001).

La formation a pour finalité l'acquisition de compétences relationnelles et communicationnelles dans la pratique du médecin

spécialiste. Ces compétences peuvent être acquises par l'intégration d'un savoir, d'un savoir être (ex : saisir l'importance des comportements non verbaux et de l'écoute) et d'un savoir-faire (ex : identifier et partager avec le malade les buts de l'entretien) transmis durant la formation. Les objectifs spécifiques sont : le repérage des fonctions inhibitrices de la communication (les premiers jeux de rôle permettent de les identifier aisément grâce aux feedback des pairs), l'amélioration des connaissances relatives aux conséquences psychosociales du cancer, le développement de comportements facilitant la communication avec le patient, la diminution et l'extinction des comportements inhibant la communication, et le développement d'une attitude d'écoute.

## Une formation à la communication en situation triangulaire

L'approche systémique souligne à quel point la communication médecin - malade en oncologie n'est pas le simple apport d'informations opéré par un spécialiste à une personne souffrante dans un espace clos mais bien la rencontre de deux personnes constituant un système ouvert particulier. Un système est un ensemble composé de plusieurs éléments et des relations qui les unissent (Benoît, Malarewicz, Beaujean, Colas, & Kannas, 1988).

Le médecin comme le malade appartiennent, en effet, à de multiples systèmes sociaux. Le médecin fait avant tout partie d'une équipe soignante dont le mode d'organisation et les règles de fonctionnement implicites et explicites définissent le mode de relation aux patients. En retour, face à certaines relations particulières sur le plan émotionnel ou sur le plan strictement médical, l'équipe peut être amenée à modifier ses règles de fonctionnement. Pour sa part, le patient est membre d'un réseau de relations composé de proches (famille élargie, amis, collègues). Au sein de ce système, les normes sociales associées au monde médical et à la maladie cancéreuse peuvent influencer la manière dont le patient entre en communication avec son médecin. Ainsi, la confronta-

tion antérieure à des proches atteints du cancer ou ayant eu des expériences plus ou moins pénibles au sein du monde médical influencera la manière dont il pourra communiquer avec le médecin une fois confronté lui-même à la maladie. En retour, la communication établie par le patient dans le cadre de sa relation avec le médecin pourra modifier son comportement et ainsi le mode de fonctionnement du système composés du patient et de ses proches.

Plus décisif encore, est le système d'appartenance du patient, impliquant les personnes perçues comme les plus proches. Tout comme le réseau social plus étendu des proches, ce réseau de relations proches peut avoir, dans son histoire, des expériences de relations au monde médical et au cancer influençant son mode de communication avec le médecin. De manière plus générale, la famille reste un des lieux de construction de la personnalité et définit de façon prépondérante la relation au corps, à ses dysfonctionnements et au monde médical. En retour, l'impact du cancer sur le mode de fonctionnement familial a fait l'objet de nombreuses études (Adelman, Greene, & Charon, 1987 ; Lederberg, 1998 ; Kissane, Bloch, Burns, Patrick, Wallace, & McKenzie, 1994). C'est tout le système familial qui doit, en effet, s'adapter au cancer en devant d'une part faire face à de nouvelles demandes et de nouveaux rôles à prendre vis-à-vis du patient et d'autre part, modifier ses règles de fonctionnement préexistantes (Kissane et al., 1994 ; Northouse, 1994).

Parmi les nouveaux rôles à prendre, un membre de la famille prendra quotidiennement en charge le patient ; c'est le preneur en charge primaire du patient. Les temps d'hospitalisation de plus en plus réduits, le développement de soins oncologiques ambulatoires et l'augmentation des soins palliatifs à domicile accroissent le caractère crucial de ce rôle dans le décours de la maladie et dans l'adhésion au traitement du patient mais également la charge qui en découle, pouvant être la source d'une détresse émotionnelle marquée (Nijboer, Triemstra, Tempelaar, Mulder, Sanderma, & van den Bos, 2000). Négliger le proche du patient peut ainsi

directement et indirectement réduire les chances du patient de s'adapter à la maladie de manière efficace voire de réduire ses chances de guérison.

Pour rappel, dans tout rencontre avec le patient, le médecin doit idéalement conjuguer trois types de stratégies de communication complémentaires : l'évaluation, l'information et le soutien (Cohen-Cole, 1991). Par l'intermédiaire de ces techniques, il accroît pour le patient les chances de s'acheminer vers la rémission mais également de s'adapter à la maladie et ses conséquences. Or, la présence d'un proche lors de consultations médicales est un fait courant. On considère que, pour un médecin donné, 20 à 100 % des consultations oncologiques impliquent cette présence (Beisecker, & Moore, 1994). Ce proche sera le plus fréquemment le conjoint du patient. Moins fréquemment, et de manière équivalente, il s'agira d'un enfant, d'un parent ou d'un membre de la fratrie (Labrecque, Blanchard, Ruckdeschel, & Blanchard, 1991 ; Beisecker, & Moore, 1994).

Très peu de données existent sur les raisons de cette présence. Des quelques recherches existantes, il ressort que la présence d'un proche en consultation est plus fréquente lorsque la situation médicale est difficile et lorsque le patient est particulièrement anxieux (Adelman *et al.*, 1987 ; Labrecque *et al.*, 1991). Ainsi, les consultations triangulaires seraient plus fréquentes lors des premières consultations oncologiques, juste après une rechute ou lors de la phase terminale que lors des visites plus routinières. De même, les consultations impliquant des patients cancéreux plus âgés et/ou dans un état physique général amoindri impliqueraient également davantage la présence d'un proche.

Actuellement, peu d'informations sont disponibles dans la littérature afin d'éclairer l'impact de cette présence sur le déroulement de la consultation. Selon une étude (Greene, Majerovitz, Adelman, & Rizzo, 1994), les patients âgés accompagnés d'un proche lors d'une consultation en médecin générale, rapportent moins d'informations, sont moins répondants, assertifs et expressifs. En revanche, la communication du médecin généraliste ne

semble pas modifiée par cette présence (Greene et al., 1994). Ceci diffère des consultations oncologiques puisqu'une étude a démontré que cette même présence d'un proche pousse l'oncologue à fournir davantage d'informations au patient et ceci indépendamment de son état physique global (Labrecque et al., 1991).

Ce proche peut être un véritable allié thérapeutique du patient en facilitant son expression générale et émotionnelle, en favorisant la transmission de l'information, en faisant croître son sentiment d'être soutenu, en facilitant la prise de décision et en maximisant la rétention de l'information. Néanmoins, ce proche peut également constituer une entrave à cette relation thérapeutique et avoir un impact particulièrement négatif sur ces différents éléments. Or, ce dernier risque est réel lors de la consultation triangulaire, difficile à mener pour le médecin qui doit gérer trois agendas de consultation, trois types de préoccupations, trois types de comportements et l'établissement de coalitions entre les différents protagonistes (Labrecque *et al.*, 1991).

Dans ce cadre, la communication établie avec le proche doit poursuivre deux objectifs principaux : accroître ses chances de s'adapter à la maladie du patient de manière efficace d'une part et en faire un véritable allié de la prise en charge thérapeutique du patient d'autre part. Afin d'atteindre ces objectifs, le médecin pourra recourir à des stratégies de communication efficace mêlant évaluation, information et soutien ; adressées au patient, au proche et au couple qu'ils constituent mais également à des techniques thérapeutiques systémiques basées principalement sur la négociation de la place accordée à chacun, la circularité de la communication permettant notamment de gérer les risques de collusion<sup>1</sup> et la connotation positive<sup>2</sup>. Enfin, ces techniques de

---

<sup>1</sup> L'application de la notion de collusion à la relation médecin -malade renvoie à l'établissement de relation exclusive entre le médecin et le malade ou entre le médecin et le proche. Dans l'un ou l'autre des cas, il y a exclusion d'un membre concerné par la situation qu'il soit patient ou proche du patient.



communication seront également applicables lors des entretiens duels au cours desquels le proche pourrait être évoqué.

## Une formation à la gestion du stress professionnel

L'objectif principal de ce module est de sensibiliser les médecins au bien-être et à la qualité de vie au travail à travers une meilleure appréhension des situations stressantes.

Peu de médecins sont formés à la communication avec les patients pendant leur formation, et la formation donnée est souvent inadéquate (Fallowfield *et al.*, 2002). Or, la communication avec les patients cancéreux et leur famille est difficile pour les médecins, en particulier, l'annonce de mauvaises nouvelles (Fallowfield, & Jenkins, 2004). Ce manque de formation aux habiletés de communication associé au stress de l'annonce de mauvaises nouvelles contribue au stress des médecins, à leur manque de satisfaction professionnelle et au burnout (Dosanjh *et al.*, 2001 ; Fallowfield *et al.*, 2002 ; Ptacek, & Eberhardt, 1996). Le burnout est une réponse à des stressseurs émotionnels et interpersonnels prolongés et chroniques dans l'environnement de travail (Maslach *et al.*, 2001). De nombreux aspects de la pratique médicale ont changé durant ces dernières années : l'autonomie a été réduite, le statut des médecins a changé, et la pression du travail a augmenté. Ces changements pourraient également participer au développement du burnout des soignants. Le niveau de stress reporté par les médecins est effectivement plus élevé que dans le reste de la population de travailleurs (Wall et al. 1997).

---

<sup>2</sup> Dans le cadre de l'entretien oncologique, la connotation positive consiste à qualifier positivement les comportements et les règles de fonctionnement familial en soulignant leur utilité en tant qu'élément permettant l'adaptation du patient à la maladie.

## Les techniques

Au service des objectifs cités ci-dessus, les formations à la communication doivent impliquer des composantes cognitives, émotionnelles et comportementales, centrées sur le vécu des participants (Libert, 2004). Un certain nombre de techniques de formation ont été appliquées avec plus ou moins de succès : les informations théoriques et le jeu de rôle.

Le recours à des stratégies de communication efficaces implique de la part des sujets de posséder des connaissances relatives aux comportements facilitant ou inhibant son établissement et aux réactions caractéristiques des personnes confrontées au cancer. Toutefois, la plupart des auteurs (cf. Libert, 2004) soulignent l'importance de développer des formations ayant des dimensions actives et basées sur l'expérience clinique des participants qui offrent l'opportunité de synthétiser l'information théorique abstraite dans une approche clinique pratique.

Le jeu de rôle, quant à lui, est une technique de formation fort répandue, dont les modalités d'application peuvent être multiples. Classiquement, le participant reçoit une vignette clinique (c'est-à-dire une description succincte des caractéristiques du patient, de sa situation médicale ainsi que des difficultés physiques et / ou psychologiques liées à son traitement) et choisit librement de s'engager dans un des rôles du scénario. Selon les formations, il peut recevoir la description complète du scénario ou uniquement celle de son rôle. Le jeu peut être poursuivi sans interruption jusqu'à épuisement des ressources par les protagonistes ou être interrompu dès qu'un formateur ou un des participants le désire. Dans le premier cas de figure, une fois bloqué, le sujet peut faire appel aux autres participants, qui doivent idéalement fournir un avis positif avant des critiques constructives, accompagnées de propositions alternatives. En prenant un rôle, le sujet a ainsi tendance à projeter ses réponses et ses attitudes, ce qui permet d'en prendre conscience. Cette prise de conscience peut ainsi l'amener à réaliser que pour une situation, il existe une variété de réponses

et d'interactions possibles. Notons que prendre le rôle d'un autre intervenant permet d'aller au-delà des stéréotypes et de rendre plus facile l'interdisciplinarité de la prise en charge.

Le jeu de rôle augmente également la confiance que le sujet s'attribue dans la réalisation des stratégies acquises, la conscience de ses attentes et de leur réalisme lors des interactions avec les patients en dépassant les jugements à priori et la possibilité de tester ces nouvelles stratégies. Cette technique présente d'autres avantages, comme l'obligation pour les participants de prendre une place active et d'éviter ainsi au maximum les risques de lassitude. De plus, des scénarios pouvant être complexifiés ou simplifiés selon les difficultés rencontrées, permettront au formateur de tenir compte des capacités de communication déjà maîtrisées par les participants. Ceci explique le recours à des jeux de rôles avec une augmentation croissante des difficultés, afin d'accroître progressivement leur maîtrise (5). Cette technique permet ainsi, au-delà de l'apprentissage cognitif, d'intégrer des informations relatives à l'aspect affectif et émotionnel de la rencontre avec le patient.

Enfin, les observateurs du jeu de rôles ont la possibilité de percevoir le type de comportement développé par d'autres intervenants médicaux, pouvant servir de modèle à appliquer dans la pratique clinique. Cette technique du modelage est par ailleurs présente dans tous les phénomènes d'apprentissage que le médecin peut faire sur le terrain en observant d'autres individus en tant que modèles de conduites ultérieures ou en observant des enregistrements vidéo d'entretiens réels ou fictifs.

## La formation à la communication duelle

La formation s'appuie sur la lecture de deux ouvrages qui traitent de la relation médecin – malade en oncologie (Razavi et Delvaux, 2002a, 2002b). La formation comprend également des informations théoriques, comportementales (jeu de rôle) et expérientielles (discussion à propos des jeux de rôle). Les techniques

comportementales utilisent les jeux de rôle sur base de scénarios programmés et de présentation de cas par les participants. Chaque atelier inclura un petit nombre de participants (5 à 8) pour permettre à chaque médecin de pratiquer le plus d'exercices possibles.

## La formation à la communication triangulaire

Elle comprend aussi des informations théoriques, comportementales (jeu de rôle) et expérientielles (discussion à propos des jeux de rôle). Les techniques comportementales utilisent les jeux de rôle sur base de scénarios programmés et de présentation de cas par les participants. Toutefois, les stratégies de communication étant plus difficiles à découvrir par essais et erreurs lors du jeu de rôle triangulaire, le formateur est plus directif que dans le module de formation à la communication duelle. Le passage **systematique** par le groupe pour reprendre les **avis** de tous n'est dès lors pas effectué par manque de temps. Dès qu'une proposition alternative intéressante est énoncée par un membre du groupe, le formateur demande à son auteur de reprendre le jeu de rôle. Les feedback provenant du formateur aux participants sont de deux types selon le caractère décisif de la stratégie concernée en regard des stratégies enseignées et l'état d'avancement du jeu de rôle. Face à une difficulté de communication décisive pour l'apprentissage des stratégies à enseigner et / ou rencontrées pour la première fois, le formateur interrompt le jeu de rôle et propose au groupe de chercher des pistes de solutions selon la méthode décrite ci-dessus. Il s'agit alors d'un premier type de feedback. Face à une difficulté de communication moins décisive et / ou rencontrée pour la seconde fois ou plus, le formateur n'interrompt pas le jeu de rôle mais souffle à l'oreille du participant ayant pris le rôle du médecin, la stratégie qu'il juge adéquate.

## Le module de formation à la gestion du stress

Il comprend plusieurs techniques : la détection des stressseurs, la relaxation, la gestion du temps et la restructuration cognitive.

La détection des stressseurs se centre sur l'apprentissage d'une analyse constructive des situations de stress au travail. Les personnes formées vont répondre à plusieurs questions pour progresser dans cette analyse: comment puis-je influencer les facteurs qui me mettent sous pression ? Comment promouvoir mes ressources personnelles pour y faire face ? Et enfin comment maintenir l'équilibre entre la pression et mes ressources ? Ce modèle dynamique de stress va permettre aux apprenants à détecter leurs propres signaux de stress (leurs signaux d'alarme, leurs symptômes) dans deux situations : en général et en particulier lors d'un entretien difficile avec un patient cancéreux. Les réponses de stress peuvent être somatiques (ex : une tension musculaire), **comportementales** (ex : passer trop de temps à des activités moins prioritaires) et cognitives (ex : des pensées irrationnelles). Dans les sessions, ces réponses de stress sont abordées par apprentissage ou par le renforcement de différentes ressources, de différents coping (Jones & Bright, 2001).

La relaxation apprise dans ce module s'inspire de Jacobson (1929) et le fascicule distribué aux participants vient de J. Van Rillaer (1997). De façon résumée, on peut dire que la relaxation se fait par la contraction suivie de la décontraction de plusieurs groupes musculaires. La contraction d'un groupe coïncide avec une inspiration suivie d'une courte apnée. Les contractions doivent être fortes mais pas au point de faire mal ou de provoquer des tremblements. La décontraction s'effectue assez rapidement. Elle se fait en même temps qu'une expiration (qui elle, s'effectue lentement) et l'énonciation intérieure d'un mot – clé évoquant la détente (« relax », détente » ou « calme »). La réponse de relaxation contre le stress apporte au corps des changements tels que une diminution de la fréquence cardiaque, un métabolisme plus faible, une diminution de rythme respiratoire, qui tous avec suc-

cès conduise le corps à un équilibre physique facilitant une meilleure santé (Grennberg, 1993 ; Légeron, 2001 ; Schafer, 2000).

La restructuration cognitive vise la restructuration de nos cognitions. Celles-ci représentent l'ensemble de notre vie mentale et de nos pensées. Prendre conscience de ses pensées dysfonctionnelles permet de se rendre compte que ces pensées sont comme un paysage habituel qui défile en continu : nous finissons par ne plus les voir. Elles peuvent être nombreuses. Ce sont fréquemment les mêmes qui reviennent : 5 ou 6 habituellement, maximum 10, rarement au-delà. En pratique, cela veut dire qu'en modifiant un nombre restreint de points de vue, nous pouvons agir sur l'ensemble de notre pensée dans le sens d'une meilleure prévention du stress (Cungi, 2003; Fanget, 2002). La restructuration cognitive implique de détecter ces pensées négatives ou irrationnelles et de les remplacer par des pensées plus positives et plus constructives (Jones & Bright, 2001).

La gestion du temps est **divisée** en deux grandes parties : la détection des causes de perte de temps et la gestion de celles-ci. Les causes de perte de temps peuvent être institutionnelles et/ou individuelles. Parmi les causes institutionnelles, certains facteurs peuvent être vécus comme difficilement modifiables et affectent la façon de gérer le temps et d'organiser les consultations. Il s'agit notamment de la culture du lieu de travail ou **du** style du supérieur. Parmi les causes individuelles, Cruellas (1999) relève un manque d'ordre, un manque de priorités claires, une tendance au perfectionnisme, l'indécision, une difficulté à déléguer, un manque de prévision et une difficulté à être réaliste. Gérer son temps efficacement est vital pour la qualité de vie, la santé la gestion du stress (Schafer, 2000). Les principes de gestion du temps et les techniques sont divisés en trois catégories : savoir donner la priorité, programmer et mettre en place un plan de vie (Seaward, 1999).

## Le programme

Le module de formation à la communication duelle est constitué de 7 sessions. La première session consiste en un bref exposé théorique sur la communication médecin - malade. La session 2 est constituée d'un premier jeu de rôle préprogrammé concernant une annonce de diagnostic de cancer. Un second jeu de rôle préprogrammé est abordé lors de la session 3 et concerne l'annonce d'une récurrence. La session 4 est constituée d'un jeu de rôle préprogrammé concernant le passage du curatif au palliatif. Les sessions 5 à 7 sont consacrées à des jeux de rôle basés sur des situations rencontrées par les participants dans leur pratique quotidienne.

Le module de communication en situation triangulaire est constitué de trois sessions. La première session est plus longue et consiste dans un premier temps à présenter le module de formation. Ensuite, des jeux de rôle basés sur des situations rencontrées par les participants dans leur pratique quotidienne sont effectués. Les sessions 2 et 3 sont consacrées également à des jeux de rôle basés sur des situations rencontrées par les participants dans leur pratique quotidienne.

Le module de gestion du stress comprend quatre séances standardisées. La séance 1 (Détection du stress) vise à sensibiliser les médecins à la problématique du stress et à ses conséquences professionnelles et individuelles. La séance 2 (gestion du stress au niveau physiologique) est axée sur l'apprentissage de la relaxation. La séance 3 (Gestion du stress au niveau cognitif) est un entraînement à la restructuration cognitive. La séance 4 (gestion du stress au niveau comportemental) est un entraînement à la gestion du temps.

## L'évaluation

Notre protocole s'appuie sur une étude randomisée répartissant au hasard un groupe de médecins vers la formation (groupe expérimental) et d'autres vers cette même formation mais **différée** dans le temps (groupe contrôle). Le calendrier des évaluations de notre étude se fait de la manière suivante : la première évaluation de tous les participants au programme a lieu dans le mois qui précède la première séance de formation pour les entretiens de simulation, les entretiens cliniques ainsi que la passation des questionnaires. La même procédure est utilisée en deuxième évaluation prévue quatre à huit semaines après la fin de la formation du groupe expérimental et avant le début de la formation du groupe contrôle. Ces évaluations sont réalisées par un chercheur financé par le Fonds National de la Recherche Scientifique– section Télé Vie (FNRS, Belgique).

La comparaison entre le groupe expérimental et le groupe contrôle permettra de mettre en évidence l'impact de la formation d'une part, dans le contexte de deux simulations : une simulation impliquant un acteur seul (jouant le rôle du malade) et une simulation impliquant deux acteurs (l'un jouant le malade, l'autre le proche) ; mais aussi, d'autre part, dans un contexte de deux entretiens cliniques : un entretien impliquant un malade seul et un entretien impliquant un malade accompagnée par un proche.

Les simulations reproduiront une situation clinique (en présence ou non d'un proche). Ces simulations auront pour thème l'annonce d'un diagnostic de cancer du sein. Ce thème simulé par les acteurs permettra d'évaluer les capacités des médecins à communiquer avec des patients se présentant à un entretien seuls ou accompagnés. Ces simulations seront jouées tout au long de l'étude par les mêmes acteurs. Les simulations seront enregistrées en vidéo selon la procédure suivante : une caméra enregistre l'interaction, une caméra enregistre le médecin et une dernière enregistre le ou les simulateurs. Le médecin porte tout au long de cette évaluation un holter d'enregistrement de ses paramètres cardiaques. Il fournira aussi à intervalle régulier de la salive qui permettra de doser son taux de cortisol.



Pour évaluer la pratique clinique de chaque participant, et donc le transfert des compétences, un patient vu seul et un patient accompagné seront approchés pour participer à l'étude. L'objet des deux entretiens devra concerner l'annonce d'une nouvelle (résultat, diagnostic, traitement, rechute, etc.). Les entretiens seront enregistrés en audio. Il sera demandé au patient et selon le cas à son proche de compléter, avant et après l'entretien, différents instruments d'évaluation. Le médecin portera tout au long de cette évaluation un holter d'enregistrement de ses paramètres cardiaques.

Les évaluations doivent inclure différentes approches complémentaires (Merckaert et al., 2005). La première approche inclut des mesures de résultats basées sur le participant qui peuvent être des mesures proximales directement associées au comportement du médecin dans la consultation observée (ex : confiance augmentée, confort dans l'interaction) ou des mesures distales concernant le fonctionnement plus général des médecins (telle que la gestion du stress professionnel pour éviter le burnout). La seconde approche concerne les évaluations comportementales des programmes de communication en eux-mêmes. Les entretiens médicaux sont alors décodés à l'aide d'un système d'analyse d'interaction grâce à des supports tels que des enregistrements sonores ou des vidéos. La troisième approche, quant à elle, inclut des résultats basés sur le patient à travers des mesures proximales (tel que la satisfaction d'un patient au cours de l'entretien) ou des mesures distales (telles que l'anxiété et la qualité de vie de ce même patient).

## Conclusion

Peu de médecins ont reçu un entraînement formel à la communication durant leur cursus (Fallowfield et al., 2002 ; Kurtz, Silverman, & Draper, 1998). Ceci peut s'expliquer en partie par les problèmes substantiels de communication entre médecins et

patients qui contribuent à une détection insuffisante des perturbations psychologiques (Faulkner & Maguire, 1996 ; Razavi & Delvaux, 1997), à une insatisfaction du patient en rapport avec les soins (Baile et al., 1999 ; Bird et al., 1993), à une faible compliance (Bird, Hall, Maguire, & Heavy, 1993 ; Ley, 1982), et à une augmentation des risques de litige pour mauvaise pratique de la médecine (Bird et al., 1993 ; Langewitz et al., 1998 ; Levinson, Roter, Mullooly, Dull, & Frankel, 1997 ; Orr, 1989). L'entraînement insuffisant dans les habiletés de communication (Fallowfield et al., 2002 ; Kurtz et al., 1998) contribue aussi au stress quotidien, à un manque de satisfaction professionnel, et au burnout parmi les médecins, particulièrement quand ils doivent annoncer de mauvaises nouvelles (Dosanjh et al., 2001 ; Ptacek et Eberhardt, 1996 ; Ramirez, Graham, Richards, Cull, & Gregory, 1996). Les programmes de communication semblent utiles en termes de changements des attitudes et des « croyances » des médecins : ils améliorent leur communication pendant les entretiens difficiles avec les patients cancéreux (Dosanjh et al., 2001). Les programmes leur permettent également d'augmenter la reconnaissance des problèmes psychosociaux des patients cancéreux et d'acquérir, de façon générale, de nouvelles habiletés avec les patients cancéreux (Baile et al., 1999 ; Fallowfield et al., 2002 ; Fallowfield et al., 1998 ; Jenkins et Fallowfield, 2002 ; Levinson & Roter, 1993 ; Razavi et al., 2003). Quoiqu'il en soit, peu d'articles dans la littérature détaillent le contenu de leurs programmes d'entraînement aux habiletés de communication. Aucun programme n'a antérieurement proposé une intégration de la gestion du stress et des habiletés de communications. Notre programme vise à rencontrer cet objectif.

Maintenant il reste une question fondamentale à traiter : les habiletés seront-elles transférées dans la pratique ? Beaucoup d'effort ont déjà été réalisé dans le milieu médical mais dans la pratique clinique il subsiste des barrières qui détériorent ce passage notamment une quantité de temps insuffisante pour mener à

bien une consultation (Dosanjh et al., 2001) ou des entretiens complexes incluant le patient et son proche.

Enfin, il nous reste à évoquer l'effet d'apprentissage à long terme : les habiletés de communication une fois apprises sont facilement oubliées (Hulsman et al., 1999 ; Maguire, Booth, Elliott, & Jones, 1996 ; Parle et al., 1997 ; Razavi et al., 2003). Le programme de 40 heures du BIC est probablement nécessaire pour s'assurer du transfert dans la pratique clinique et pour assurer un minimum la consolidation des acquis. Il nous semble également que l'efficacité de l'entraînement pourrait être améliorée à travers l'implémentation de ces programmes dès le début des études de médecine et à tous les niveaux, ce y compris en formation spécialisée. Une autre alternative qui semble trouver écho serait la formation organisée sur le lieu de travail et qui mobiliserait alors l'ensemble de l'équipe et plus seulement le médecin spécialiste.

## Références

- Aasland, O.G., Olff, M., Falkum, E., Schweder, T., & Ursin, H. (1997). Health complaints and job stress in Norwegian physicians : the use of an overlapping questionnaire design. *Social Science & Medicine* 45(11), 1615-1629.
- Adelman, R.D., Greene, M.G., & Charon, R. (1987). The Physician-Elderly Patient-Companion Triad in the Medical Encounter: The Development of a Conceptual Framework and Research Agenda. *The Gerontologist*, 27, 729-734.
- Baile, W.F., Kudelka, A.P., Beale, E.A., Glober, G.A., Myers, E.G., Greisinger, A.J., Bast, R.C. Jr, Goldstein, M.G., Novack, D., & Lenzi, R. (1999). Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer*, 86, 887-897.
- Baylon, C., & Mignot, X. (1999). *La communication*. Paris : Nathan.

- Beisecker, A.E., & Moore, W.P. (1994). Oncologists' perceptions of the effects of cancer patients' companions on physician-patient interactions. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(1/2), 23-39.
- Benoit, J.C., Malarewicz, J.A., Beaujean, J., Colas, Y., & Kannas, S. (1988). *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Paris : Editions ESF.
- Bird, J., Hall, A., Maguire, P., & Heavy, A. (1993). Workshops for consultants on the teaching of clinical communication skills. *Medical Education*, 27, 181-185.
- Bragard, I. (2005). *Teaching communication and stress management skills to junior physicians who are working with cancer patients*. Diplôme d'Etudes Approfondies en Sciences Psychologiques. Manuscrit non publié. Université de Liège. Belgique
- Cohen-Cole, S. A. (1991). *The medical interview: the three-function approach*. St. Louis : Mosby Year Book.
- Cruellas, P. (1999). *Le temps autrement : le kit de survie des nouveaux nomades*. Paris : ESF.
- Cungi, C. (2003) *Savoir gérer son stress*. Paris : Retz.
- Delvaux, N., Brédart, A., & Razavi, D. (2002). Communication soignant-soigné. In D. Razavi & N. Delvaux (Eds.), *Interventions psycho-oncologiques : la prise en charge du patient cancéreux* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 1-60). Paris : Masson.
- Delvaux, N., Merckaert, I., Marchal, S., Libert, Y., Conradt, S. Boniver, J., Etienne, A.M., Fontaine, O., Janne, P., Klastersky, J., Mélot, Ch., Reynaert, CH., Scalliet, P., Slachmuylder, J.L., Razavi, D. (2005). Physicians' communication with a cancer patient and a relative: a randomized study assessing the efficacy of consolidation workshops. *Cancer*, 103 (11), 2397-2411.
- Dosanjh, S., Barnes, J., & Bhandari, M. (2001). Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Educ*, 35(3), 197-205.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*, 363(9405), 312-319.

- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A., & Eves, R. (2002) Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet*, 359(9307), 650-656.
- Fallowfield, L., Lipkin, M., & Hall, A. (1998). Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol*, 16(5), 1961-1968.
- Fanget, F. (2002). *Affirmez-vous! Pour mieux vivre avec les autres*. Paris : Odile Jacob
- Faulkner, A., & Maguire, P. (1996). *Talking to cancer patients and their relatives*. Oxford: Oxford University Press.
- Greenberg, J.S., (1993, 4<sup>th</sup> ed.). *Comprehensive stress management*. Dubuque: Brown and Benchmark.
- Greene, M.G., Majerovitz, S.D., Adelman, R.D., & Rizzo, C. (1994). The effects of the presence of a third person on the physician-older patient medical interview. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(4), 413-419.
- Hulsman R.L., Ros, W.J.G., Winnubst, J.A.M., & Bensing, J.M. (1999). Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Med Educ*, 33, 655-668.
- Iandolo, C. (2001). *Guide pratique de la communication avec le patient : techniques, art et erreurs de la communication*. Paris : Masson.
- Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jenkins, V., & Fallowfield, L. (2002). Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *J Clin Oncol*, 20(3), 765-769.
- Jones, F., & Bright, J. (2001). *Stress: myth, theory, and research*. Harlow: Pearson Education.

- Kissane, D.W., Bloch, S., Burns, W.I., Patrick, J.D., Wallace, C.S., & McKenzie, D.P. (1994). Perceptions of Family Functioning and Cancer. *Psycho-Oncology*, 3, 259-269.
- Kurtz, S., Silverman, J., & Draper, J. (1998). *Teaching and learning communication skills in medicine*. Oxon: Radcliffe Medical Press
- Labrecque, M.S., Blanchard, C.G., Ruckdeschel, J.C., & Blanchard, E.B. (1991). The impact of family presence on the physician-cancer patient interaction. *Social Science and Medicine*, 33(11), 1253-1261.
- Langewitz, W.A., Eich, P., Kiss, A., & Wossmer, B. (1998). Improving communication skills--a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosomatic Medicine*, 60(3), 268-276.
- Lederberg, L.S. (1998). The family of the cancer patient. In J.C. Holland (Ed.). *Psycho-Oncology* (pp. 981-993). Oxford: University Press.
- Légeron, P. (2001). *Le stress au travail*. Paris: Odile Jacob.
- Levinson, W., & Roter, D. (1993). The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 8(6), 318-324.
- Levinson, W., Roter, D.L., Mullooly, J.P., Dull, V.T., & Frankel, R.M. (1997). Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of the American Medical Association*, 277, 553-559.
- Ley, P. (1982). Satisfaction, compliance and communication. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 241-254.
- Libert, Y., Conradt, S., Reynaert, C., Janne, P., Tordeurs, D., Delvaux, N., Fontaine, O., & Razavi, D. (2002). Améliorer les stratégies de communication des médecins en oncologie : état des lieux et perspectives futures. *Bulletin du cancer*, 88, 1167-1176.

- Libert, Y. (2004). Communication et cancer. L'impact du vécu subjectif de contrôle sur la communication entre le médecin spécialiste et son patient. Thèse de doctorat. Manuscrit non publié ; Université Catholique de Louvain. Belgique
- Maguire, P., Faulkner, A., Booth, K., Elliott, C., & Hillier, V. (1996). Helping cancer patients disclose their concerns. *European Journal of Cancer*, 32A(1), 78-81.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Merckaert, I., Libert, Y., & Razavi, D. (2005). Communication skills training in cancer care: where are we and where are we going? *Current Opinion in Oncology* 17(4), 319-330.
- Nijboer, C., Triemstra, M., Tempelaar, R., Mulder, M., Sanderman, R., & van den Bos, G.A.M. (2000). Patterns of caregiver experiences among partners of cancer patients. *Gerontologist*, 40, 738-746.
- Northouse, L.L. (1994). Breast cancer in younger women: effects on interpersonal and family relations. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, 16, 183-190.
- Orr, C.J. (1989). How to minimize litigation. *British Journal of Hospital Medicine*, 42, 439.
- Parle, M., Maguire, P., & Heaven, C. (1997). The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients. *Social Science & Medicine*, 44(2), 231-240.
- Ptacek, J.T., & Eberhardt, T.L. (1996). Breaking bad news. A review of the literature. *Journal of the American Medical Association*, 276(6), 496-502.
- Ramirez, A.J., Graham, J., Richards, M.A., Cull, A., & Gregory, W.M. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 347, 724-728.
- Razavi, D., & Delvaux, N. (2002a). *Interventions psycho-oncologiques : La prise en charge du patient cancéreux*. Paris: Masson.

- Razavi, D., & Delvaux, N. (2002b). *Psycho-Oncologie : Le cancer, le malade et sa famille*. Paris: Masson.
- Razavi, D., & Delvaux, N. (1997). Communication skills and psychological training in oncology. *European Journal of Cancer*, 33 Suppl, 6815-6821.
- Razavi D, Merckaert I, Marchal S, Libert Y, Conrard S, Boniver J, Etienne A, Fontaine O, Janne P, Klastersky J, Reynaert C, Scalliet P, Slachmuylder J-L, & Delvaux N (2003). How to optimise physicians' communication skills in cancer care: Results of a randomised study assessing the usefulness of post training consolidation workshops. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 3141-3149.
- Schafer, W. (2000). *Stress management for wellness*. Orlando: Harcourt College.
- Seaward, B.L., (1999). *Managing stress*. Boston: Jones and Bartlett.
- Van Rillaer, J. (1997). L'apprentissage de la relaxation en thérapie cognitivo-comportementale. Brochure d'information pour le client. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 2, 16-23.
- Wall, T.D., Bolden, R.I., Borrill, C.S., West, M., Carter, A.J., Golya, D.A., Hardy, G.E., Haynes, C.E., Rick, J.E., & Shapiro, D. (1997). Minor psychiatric disorders in NHS trust staff: occupational and gender differences. *British Journal of Psychiatry*, 171, 519-523.



## APPENDICE :

Résumé du contenu du programme d'entraînement

Sessions	Cours
Journée Session 1	Communication avec un patient cancéreux  Gestion du stress  Communication avec un patient cancéreux
Soirée session 1	Gestion du stress
Soirée session 2	Communication avec un patient cancéreux
Soirée session 3	Gestion du stress
Soirée session 4	Communication avec un patient cancéreux
Soirée session 5	Gestion du stress
Soirée session 6	Communication avec un patient cancéreux
Journée session 2	Communication avec un patient cancéreux  Communication avec un patient cancéreux et un proche  Communication avec un patient cancéreux et un proche
Soirée session 7	Communication avec un patient cancéreux et un proche
Soirée session 8	Communication avec un patient cancéreux et un proche
Soirée session 9	Intégration et utilisation des habiletés apprises

Techniques	Contenu	Durée
Théorie	La communication médecin-malade dans une unité de soins	1 h
Théorie et exercices	Les stresseurs professionnels et la détection des conséquences	2 ½ h
Jeux de rôles	Donner de mauvaises nouvelles (un diagnostic de cancer du sein)	5 h
Théorie et exercices	Les techniques de relaxation	2 ½ h
Jeux de rôles	Donner de mauvaises nouvelles (des métastases)	3 h
Théorie et exercices	La gestion du temps	2 ½ h
Jeux de rôles	Discuter le passage du curatif au palliatif	3 h
Théorie et exercices	La restructuration cognitive	2 ½ h
Jeux de rôles	Des problèmes cliniques évoqués par les patients	3 h
Jeux de rôles	Des problèmes cliniques évoqués par les patients	3 h
		1 h
Jeux de rôles		3 h
Jeux de rôles	Des problèmes cliniques évoqués par les patients	3 h
Jeux de rôles	Des problèmes cliniques évoqués par les patients	3 h
Jeux de rôles	Des problèmes cliniques évoqués par les patients	3 h